

C18/12/0217

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: V/1218/0909 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 11/12/018 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Vinod आवेदन का नाम		AGE-YEARS 59 वयस वर्ष	SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o - Jeshari Singh पिता/पति का नाम		 Preop Postop (0909) Vinod		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill + Po - Gaudara, Teh - Mahabub वर्तमान निवास पता				
DIST. Mathura, UP. 221206. जिला: मथुरा, UP. 221206.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी निवास पता				
OCCUPATION: Housewife व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण) NA		
PAN No. [Blank] आय कर पत्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)				
Yes / No हां / नहीं ✓				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनक से संबंध
1	Jamun Prasad	62	M	Husband
2	Rakesh	27	M	Son
3	Tajpal	24	M	Son
4	Khameend	20	M	Son
5	Poonam	14	F	Daughter
6	Anita	12	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग छवि होना चाहिए)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग छवि होना चाहिए)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किसी का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया प्रुची संलग्न				
RE - IMAE				
LE - IMAE				
Surgery - (LE) Sics + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED - जो गई सहायता पंजी		
1	SCPI			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा करें):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if applicable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुनः बताता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/post/ship/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति को ज्ञात करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित या प्रकाशित और प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation; if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे/हमारे को न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन से मदद मांगी जा रही है, बल्कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जा रही है तो हमारे/हमारे को अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जा रहा है कि हमारे/हमारे को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन से मदद मांगी जा रही है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर नहीं करता कि कोशिका फाउन्डेशन का दायित्व है या नहीं। हमारे/हमारे को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्राप्त करने का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारे/हमारे को रोगी के इलाज के लिए और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए "कोशिका" को कोई सुझाव या सिफारिश नहीं दी जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
22/12/2018	(Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज के लिए नं.	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2

